



UC/FPCE 2015

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Gravidez e maternidade na adolescência:
Vivências de jovens Angolanas**

Elsa Avelina L. Chambata (Avelina_chambata2@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica (área de subespecialização em Sistemática, Saúde e Família), sob a orientação da Professora Doutora Maria João Seabra Santos

Gravidez e maternidade na adolescência: Vivências de jovens Angolanas

Resumo

A gravidez na adolescência é aquela que ocorre antes dos vinte anos, podendo ocasionar modificações importantes no curso de desenvolvimento da jovem. O presente estudo incide sobre a gravidez e maternidade de jovens angolanas e procurou contribuir para a compreensão deste fenómeno, bem como para a promoção de novas formas de planificação e atuação no modo de lidar com a gravidez e maternidade na adolescência em Angola. Contou com uma amostra de 40 mães angolanas adolescentes e 40 mães adultas, residentes na cidade do Lubango e arredores. Foram aplicados diferentes instrumentos: questionário sociodemográfico, questionário geral sobre gravidez e nascimento e um questionário para avaliação de aspetos ligados à maternidade na adolescência. Para análise dos dados recorreu-se a estatística descritiva e a testes paramétricos (*t* de *Student*) e não-paramétricos (Qui-quadrado e *U* de *Mann-Whitney*). Os resultados apontam para algumas diferenças estaticamente significativas na comparação de mães adolescentes e não-adolescentes quanto a variáveis da gravidez e nascimento (nomeadamente, planificação da gravidez, reação da jovem e do companheiro à situação de gravidez, participação do pai nos cuidados prestados ao bebé e consumos durante a gravidez). Quanto à caracterização da situação de gravidez e maternidade na adolescência, os dados apontam para alteração substancial do estilo de vida, nomeadamente quanto à frequência escolar da jovem. No que refere à exploração de diferenças entre as respostas dada ao questionário sobre gravidez e nascimento por mães adolescentes de diferentes idades, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. A exploração de diferenças na perceção de competências do bebé por parte de mães adolescentes em função da satisfação com o sexo do bebé e do planeamento da gravidez, não foram encontradas associações significativas entre estas variáveis. Apesar das potencialidades deste estudo, o mesmo representa apenas um contributo, a necessitar de futuros aprofundamentos sobre esta temática no contexto angolano.

Palavras chave: Adolescência, gravidez, maternidade, Angola.

Pregnancy and motherhood in adolescence: Experiences of Angolan youth

Abstract

Teenage pregnancy is one that occurs before twenty years and may lead to significant changes in the youngster developmental course. This study focuses on pregnancy and motherhood in Angolan youth and sought to contribute to the understanding of this phenomenon, as well as to promote new ways of planning and acting with respect to teenage pregnancy and motherhood in Angola. A sample of 40 Angolan teenage mothers and 40 adult mothers living in the city of Lubango and surroundings participated in the study. Different instruments were used: socio-demographic questionnaire, general questionnaire on pregnancy and birth and a questionnaire to assess aspects related to motherhood in adolescence. Data analysis consisted of descriptive statistics, and parametric tests (*t* test) as well as non-parametric (Chi-square and *U* of Mann-Whitney). The results point to some statistically significant differences when comparing adolescent and non-adolescent mothers in variables of pregnancy and birth (e.g., planning of pregnancy, reaction of the young mother and her partner to pregnancy, father's participation in the baby's care, and substance abuse during pregnancy). As for the characterization of the situation of pregnancy and motherhood in adolescence, the data point to substantial changes in lifestyle, namely in school attendance. As regards the exploration of differences between the answers given to the questionnaire on pregnancy and birth by adolescent mothers of different ages, no statistically significant differences were found. The exploration of differences in the perception of the baby's competences by teenage mothers, as a function of being pleased with the baby's sex, and of having planned the pregnancy, no significant associations were found between these variables. Despite the potential of this study, it is only a contribution, in need of further insights on this subject in the Angolan context.

Keywords: Adolescence, pregnancy, maternity, Angola.

Agradecimentos

A Deus, que desde nascença me tem concedido muitas graças, obrigado por tudo o que tem feito por mim e pela minha família.

Aos meus pais, irmãos e familiares pelo apoio, força e dedicação.

A minha filha Yoaline Tchilissila Chambata Tchipaka.

Ao Sr. Martinho Mateus Tchipako pelo apoio.

À Direção do Instituto Superior Politécnico Tundavala, na pessoa da sua Diretora e ao coletivo de trabalhadores que fizeram com que me passassem as informações por eles dominados o tempo todo, estando perto ou não. O meu muito obrigado.

À grande professora, Doutora Maria João Seabra Santos, mais que uma orientadora, uma mãe encarregada de Educação, uma amiga, com quem pude contar de forma incondicional, podendo ultrapassar todas as vicissitudes vividas na vida académica.

À coordenação e aos professores do mestrado que de forma digna sempre transmitiram os seus conhecimentos aos mestrandos, não se limitando apenas a ser docentes, mas sim companheiros de luta.

Aos meus colegas do mestrado pela integridade, trocas de experiências.

Aos meus caríssimos colegas Admilda, Sérgio, Tia Amélia e Arnadete pelo apoio prestado no percurso da minha gestação, que não foi fácil a minha recuperação.

Aos meus amigos pelo apoio incondicional que sempre prestaram sobretudo na minha longa caminhada nas terras do Cristo Rei, enfrentando novos desafios.

Indice

Introdução	1
I- Enquadramento conceptual	2
1.1. Adolescência	2
1.2. Gravidez e maternidade na adolescência	3
1.2.1. Gravidez na adolescência	3
1.2.2. Maternidade na adolescência	5
1.3. Gravidez e maternidade na adolescência – A realidade Angolana	6
II- Objetivos	8
III- Metodologia	8
3.1. Descrição da amostra	8
3.2. Instrumentos	11
3.2.1. Questionário Sociodemográfico	11
3.2.2. Questionário Geral sobre Gravidez e Nascimento	11
3.2.3. Questionário para Avaliação de Aspetos ligados à Maternidade na Adolescência	12
3.3. Procedimento de recolha de dados	12
3.4. Análises Estatísticas	12
IV- Resultados	13
4.1. Comparação de mães adolescentes e não adolescentes quanto a variáveis relativas à gravidez e nascimento	13
4.2. Caracterização da situação de gravidez e maternidade na adolescência	15
4.3. Exploração de diferenças de vivências relacionadas com gravidez e nascimento entre mães adolescentes de diferentes idades	16
4.4. Exploração de diferenças na percepção de competências do bebé por parte de mães adolescentes em função da satisfação com o sexo do bebé e do planeamento da gravidez	18
V- Discussão	19
VI- Conclusões	22
Bibliografia	23
Anexos	26

Introdução

A adolescência é uma fase crítica caracterizada por profundas transformações do ponto de vista físico, psicológico, afetivo e familiar (Rodrigues, 2010). Vista fundamentalmente como um fenómeno e um processo psicológico e social, a adolescência terá características diferentes consoante o ambiente social, económico e cultural em que o adolescente vive (Outeiral 1994, citado por Trindade, 2005). Neste contexto, vale referir que muitas das vezes a gravidez na adolescência surge na sequência de importantes carências informativas relativamente à sexualidade, contraceção e risco de gravidez e coloca questões relativas à imagem corporal e ao estabelecimento de relações cada vez mais projetadas para o exterior da família (Rodrigues, 2010).

Dados da ONU, clarificam que o casamento infantil impede as raparigas da vivência da sua infância, perturba o seu processo educativo, restringe as suas oportunidades, aumenta o risco de sofrer violência e abuso e põe em risco a sua saúde (Círculo Angolano Intelectual, 2014).

Sendo a gravidez e a maternidade na adolescência acontecimentos de vida não normativos, que obrigam a uma reorganização pessoal e relacional, de modo a garantirem novas formas de expressão e de realização (Soares & Jogenelen, 1998), assim representa o propósito deste trabalho a compreensão destes fenómenos em adolescentes angolanas, por forma a contribuir com o fornecimento de dados que, associados a outros estudos anteriormente realizados e a serem desenvolvidos futuramente, possam permitir uma melhor compreensão e provavelmente funcionar como base de novas formas de planificação e atuação no modo de lidar com o fenómeno da gravidez e maternidade na adolescência. Por conseguinte, é nosso propósito principal caracterizar algumas das vivências de jovens mães angolanas no que se refere à gravidez e à maternidade.

O presente trabalho consta de um enquadramento concetual no qual, com bases na revisão da literatura, se faz uma abordagem dos aspetos gerais em torno do tema em estudo, concretamente sobre a adolescência e, em particular a gravidez e maternidade nesta fase do desenvolvimento, procurando-se caracterizar alguns dos aspetos da realidade angolana. Na segunda parte deste trabalho é apresentado um estudo empírico, iniciando-se pela exposição dos objetivos, seguidos da metodologia e apresentação dos resultados do trabalho. Finalmente, discutem-se os resultados e apresentam-se as principais conclusões do estudo.

I – Enquadramento conceptual

1.1. Adolescência

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a adolescência é o período de vida que vai dos 10 aos 19 anos de idade (Eisenstein, 2005; Silva, Hirai, Silva, & Hoeredia, 2009). Trata-se de uma fase onde ocorrem diversas mudanças do organismo, que se caracterizam fundamentalmente pelo crescimento rápido, surgimento das características sexuais secundárias, tomada de consciência da sexualidade, estruturação da personalidade e adaptação e integração social (Yazlle, 2006). As profundas modificações físicas que ocorrem neste período assinalam o início da possibilidade reprodutiva, na mulher e no homem.

De acordo com Rodrigues (2010), a adolescência é uma fase crítica caracterizada por profundas transformações do ponto de vista físico, psicológico, afetivo e familiar. Neste mesmo diapasão alinham Neto, Dias, Rocha e Cunha (2007) ao afirmarem que a adolescência é uma fase da vida humana caracterizada por um conjunto de transformações sociais, psicológicas, anatómicas e metabólicas, submetendo o indivíduo a experiências que o tornam de algum modo mais vulnerável, mas ao mesmo tempo, estabelecendo padrões comportamentais que se farão presentes durante toda a vida. Gama, Szwarcwald e Leal (2002) vão no mesmo sentido ao definir a adolescência como uma etapa da vida caracterizada por um complexo processo de desenvolvimento biológico, psicológico e social. Já Pinheiro (2000) considera a adolescência como um processo de representação da puberdade, marcado pelas transformações bioquímicas e anatomofisiológicas que culminam com a capacidade reprodutiva. Silva e Tonete (2006, p. 200) definem a adolescência como “a fase de transição entre a infância e a idade adulta, quando o desenvolvimento da sexualidade se reveste de fundamental importância para o crescimento do indivíduo em direção à sua identidade adulta, determinando sua autoestima, relações afetivas e inserção na estrutura social”.

Segundo Bergamaschi e Praça (2008), a adolescência é a etapa do desenvolvimento humano que implica um período de mudanças físicas e emocionais, que por alguns é considerado como momento de conflito ou de crise, pois é uma fase da vida humana caracterizada por um conjunto de transformações sociais, psicológicas, e anatomo-metabólicas, submetendo o indivíduo a um estilo de vida vulnerável.

O termo adolescência tem sua origem etimológica na expressão latina “adolescere” significando desenvolver-se, crescer, e é próximo da expressão adolelescere, que significa adoecer (Matheus, 2007 citado por Chipalanga, 2014). Assim, pensar na etimologia desta palavra, remete-nos à ideia de desenvolvimento, de preparação desta para o que está para vir (Pereira, 2004), mas ao mesmo tempo contém a dimensão de crise, sendo vista por alguns como um período de particular fragilidade (Silva & Silva, 2009).

A adolescência é vista fundamentalmente como um fenómeno e um processo psicológico e social, e deste modo ela terá características diferentes influenciadas pelo ambiente social, económico e cultural em que o

adolescente vive (Outeiral 1994, citado por Trindade, 2005). Silva e Silva (2007) afirmam que vivemos num tempo em que não podemos continuar a assumir a adolescência como uma mera condição da idade, sendo necessário entendê-la como uma produção discursiva e heterogênea por existirem diversas formas de ser adolescente, devido aos diversos meios sociais. Daí que, de acordo com Silva & Silva (2007) não exista uma “adolescência como acontecimento biológico, psicológico, homogêneo e estático, mas sim adolescências múltiplas, mutáveis, heterogêneas, (re) construídas a cada momento nos diversos nós da rede social (Silva & Silva, 2009).

Por conseguinte, a adolescência é um período de transição, construído socio-historicamente (Aries, 1981).

1.2. Gravidez e maternidade na adolescência

A gravidez é um fenómeno que transcende o momento da concepção, assim como a maternidade transcende o momento do parto (Canavarro, 2001). Do ponto de vista psicológico, gravidez e maternidade são processos dinâmicos de construção e desenvolvimento (Canavarro, 2001). A gravidez e maternidade na adolescência são acontecimentos de vida não normativos que obrigam a uma reorganização pessoal e relacional, de modo a garantirem novas formas de expressão e de realização (Soares & Jogenelen, 1998). Estes fenómenos podem ser vistos como um desafio novo, que se manifesta no desencontro entre o tempo do nascimento do primeiro filho e as tarefas de desenvolvimento normativo, constituindo, assim, exemplo de uma transição de papéis acelerada (Soares & Jogenelen, 1998).

1.2.1. Gravidez na adolescência

Segundo a classificação oficial da Organização Mundial da Saúde (OMS), a gravidez na adolescência ocorre até aos 20 anos incompletos (Cabral, 2002). Pinheiro (2000) destaca que a adolescência se inicia com a puberdade, período marcado por transformações bioquímicas e anatomofisiológicas que culminam com a capacidade para se reproduzir.

Bergamaschi e Praça (2008) referem-se à gravidez na adolescência como sendo uma crise que se pode sobrepor à crise na adolescência, que se caracteriza pelo desequilíbrio interno pertinente ao processo de desenvolvimento que direciona a adolescente para a vida adulta. A gravidez na adolescência pode gerar, assim, uma sobrecarga de necessidades, tanto físicas como psicológicas e sociais, afetando uma série de acontecimentos que comprometem o desenvolvimento do indivíduo (Ribeiro et al., 2000, citado por Fonceca & Melchiori, 2010). Na realidade, tradicionalmente, a gravidez na adolescência é descrita como um problema social, associado à pobreza, encarada como comprometedora de um desenvolvimento saudável tanto para a mãe como para o filho (Canavarro & Pereira, 2001).

Neste mesmo sentido Rodrigues (2010) refere que a gravidez na adolescência pode ser uma situação que motiva angústias e incertezas, ainda que a adolescente possa sentir orgulho em ter o filho, podendo a maternidade ser vista como gratificante e autocompensadora do ponto de vista afetivo.

Ainda de acordo com o mesmo autor, o contexto social da adolescente representa um fator importante, visto que a gravidez poderá ser encarada como um evento normal, não problemático, aceite dentro das suas normas e costumes, ou como um acontecimento problemático e não aceite.

Nas últimas décadas a gestação na adolescência tem sido considerado como um importante assunto de saúde pública, pois esse fenómeno ocorre em todo mundo (Chalem, Mitsuhiro, Ferri, Barros, Guinsburg, & Laranjeira, 2007). Siqueira, Mendes, Finkler, Guedes e Gonçalves (2002) referem que a gravidez na adolescência tem sido motivo de preocupação crescente no âmbito das políticas públicas de saúde e educação, assim como no que concerne às organizações familiares.

Tendo em conta a perspetiva que encara a gravidez na adolescência como um problema de saúde pública, ela estaria inserida num contexto de desvantagem social para as adolescentes e seria vista como resultado da falta de acesso a informação e aos serviços de saúde, sendo ainda encarada como fator de limitação para a adolescente no que tange à educação, ao trabalho, ao matrimónio e a perspetivas futuras (Silva, Nakano, Gomes & Stefanello, 2009).

De acordo com Neto, Dias, Rocha e Cunha (2007), atualmente nos países em vias de desenvolvimento a gravidez na adolescência tem sido considerada como um risco social e um grave problema de saúde pública, tendo em conta a sua magnitude e amplitude, como também os problemas que dela advêm. Dentre estes são dignos de realce o abandono escolar, o risco durante a gravidez, associado, com frequência, à não adesão a consultas pré-natais de qualidade, pelo facto de a adolescente esconder a gravidez ou de os serviços de saúde não serem dos mais qualificados para tal assistência. Acresce, ainda segundo os mesmos autores, a grande importância que assumem os conflitos familiares, que resultam da divulgação da gravidez e da não aceitação pela família, podendo desencadear o abandono do parceiro, a discriminação da sociedade bem como o afastamento dos grupos de sua convivência, interferindo assim na estabilidade emocional da adolescente grávida. Assim, a gravidez na adolescência tende a ser indicada como um fator de risco no desenvolvimento, tanto dos pais como da criança, uma vez que se apresenta como um desafio para todos os envolvidos (Cerqueira-Santos Paludo, Schirò, & Koller, 2010).

Schelemberg, Pereira, Grisard, & Hallal (2007) apresentam como fatores que influenciam o aumento de casos de gravidez na adolescência a iniciação sexual precoce, o crescimento da proporção da adolescência na pirâmide populacional, a falta de controlo da atividade sexual, a falta de conhecimento sobre os contraceptivos, a diminuição da idade do aparecimento da menarca, o fraco controlo por parte da família e da escola (maior liberdade dos jovens), a influência da sociedade e dos meios de comunicação, a pressão do grupo e a desagregação familiar.

Entretanto, a gravidez na adolescência ainda é um tema controverso, pois entre os pesquisadores e profissionais de saúde há diferentes posições a respeito da abordagem desta situação, sendo alguns autores defensores de

que a gravidez não pode ser considerada fator de risco em si mesmo, pois fatores como o nível socioeconómico e as condições de saúde materna exercem maior influência do que a idade cronológica da gestante em si mesma, ao passo que outros autores são defensores de que este fenómeno é responsável por uma série de problemas de ordem social e psicológica, pelo que deveria ser tratado como uma epidemia a ser controlada ou erradicada. Por último, outra classe de autores vê este fenómeno como algo muito complexo, onde convergem múltiplas variáveis biopsicossociais que o tornam não rotulável e heterogéneo (Fonseca & Melchiori, 2010). Em síntese, a gravidez na adolescência como fenómeno distinto, que resulta de múltiplas características e variáveis influenciadoras do desenvolvimento (Canavarro & Pereira, 2001).

1.2.2. Maternidade na adolescência

A maternidade, por sua vez, como fenómeno multidimensional, abarca inúmeras conceções biológicas, sociais e psicológicas. Ela pressupõe diversas alterações fisiológicas, sociais comportamentais e psicológicas que variam de acordo também com as expectativas socioculturais do grupo de pares e condição económica (Fonseca & Melchiori, 2010). A maternidade na adolescência é vista como um produto de vários fatores de risco, como a história de desenvolvimento dos pais, nível socioeconómico, redes de apoio, recursos psicológicos, idade dos progenitores e características de temperamento e desenvolvimento do bebé (Cequeira-Santos et al., 2010). As investigações recentes no âmbito da maternidade na adolescência têm vindo a estudar as características do contexto de cuidados à criança que podem contribuir para um desenvolvimento menos adequado. Assim, o contexto de existência muitas vezes associado à maternidade na adolescência é desfavorável sob diversos pontos de vista, em particular o baixo nível socioeconómico, educativo, cultural, familiar. Estas desvantagens podem contribuir para os efeitos adversos que se podem observar nas crianças em consequência da maternidade na adolescência (Figueiredo, 2000). Esta coloca, tanto a mãe como o bebé, numa situação de elevado risco psicossocial, condicionando adversamente as respetivas trajetórias de desenvolvimento. Provindo já, com frequência, de um contexto de desenvolvimento desfavorável, a maternidade na adolescência pode agravar consideravelmente o contexto que a origina (Figueiredo, 2000).

A maternidade na adolescência, sobretudo quando ocorre em idade muito precoce, provoca um impacto negativo sobre as famílias e a sociedade, sendo os riscos relacionados com a saúde, as condições financeiras e emocionais, a continuidade dos estudos e as dificuldades de acesso ao trabalho, os principais fatores que contribuem para o aumento da vulnerabilidade das mães adolescentes (Hoga, 2008). Um dos efeitos negativos que a maternidade acarreta na vida da adolescente é a baixa escolaridade e abandono escolar precoce, gerando atrasos na vida estudantil e distanciamento dos vizinhos, amigos e grupos de convivência (Hercowitz, Silva, Nakano, Gomes & Stefanello, 2009).

A maternidade na adolescência, embora não impossibilite, limita as

possibilidades de desenvolvimento da mãe e do bebé (Figueiredo, 2000). Ainda de acordo com Figueiredo (2000), alguns autores verificaram que as consequências adversas da maternidade na adolescência decorriam não apenas diretamente do facto de a mãe ser adolescente, mas também indiretamente de um outro conjunto de fatores, que frequentemente se associa a esta circunstância, como seja o facto de um número muito elevado de bebés ser prematuro e de muito frequentemente a mãe ter níveis muito baixos de escolaridade (Figueiredo, 2000).

Outros estudos têm demonstrado que a maternidade na adolescência pode ser desejada como um projeto de inserção na vida adulta, viável e valorizado num contexto socioeconómico desfavorecido, no qual a realização, nos planos educacional e profissional, não se encontra assegurada (Dias, Patias, Fiorin, & Dellatorre, 2011).

A temática da gravidez na adolescência é bastante explorada e muitos estudos sugerem que esta é geralmente não desejada, produto da falta de informação e de um contexto de desvantagem socioeconómica. Contrariamente, o estudo da maternidade na adolescência tem sido menos frequente, sendo conduzido prioritariamente através de um enfoque qualitativo, onde os resultados sugerem que o significado da gravidez e da maternidade pode não ser único ou definitivo e comporta aspetos positivos e negativos para a adolescente (Figueiredo, 2000).

1.3. Gravidez e maternidade na adolescência – A realidade Angolana

Não existem muitos dados relativos a gravidez na adolescência em África, mas a prevalência desta situação parece ser a maior do planeta pois há estudos realizados no continente africano que relataram uma prevalência que ronda as 143 a 229 gestantes em cada 1.000 mulheres adolescentes (Bearinger, 2007, citado por Tavares, 2011).

Na tentativa de perceber as possíveis causas associadas ao aumento da incidência de gestações na adolescência em Angola, destacam-se uma enorme “rede multicausal” que torna esta faixa etária mais suscetível a essa situação, sendo as causas variáveis de acordo com cada região (Kurauchi, Martis, & Aquino, 2003). Assim, a alta prevalência está associada ao baixo desenvolvimento, baixo nível de escolaridade, pobreza, tradições, tabus, etc. Em algumas regiões, a cultura exige que assim que os filhos nascem já lhes sejam escolhidos os parceiros e futuros maridos, sendo a partir daí limitado o contacto entre eles, só sendo permitido o mesmo após o alambamento (casamento tradicional), onde é oferecido ao casal presentes ou bens para sustento (Alexandre, 1968, citado por Tavares 2011). Por outro lado, há regiões em que a gravidez, tanto a primeira como seguintes na adolescência, é encarada com naturalidade, pelo que o contexto cultural e os valores tradicionais desempenham um papel fundamental (Necchi, 1998, citado por Tavares, 2011).

Em Angola, de acordo com (Balsa, 2007) existem políticas e normas de saúde sexual e reprodutiva que contemplam o direito das pessoas de serem informadas e condições de acesso a métodos de planeamento familiar

eficientes e seguros, e serviços de atendimento integrais para poderem desenvolver uma vida sexual e reprodutiva satisfatória, saudável e sem risco. Contudo, a prevalência do uso de métodos de anticoncepção em Angola é de 6%, estando bem abaixo quando comparados com outros países africanos como Botsuana (37%), Lesoto (29%), Malavi (14%), Moçambique (12%), Namíbia (21%), Zimbábue (24%), Zâmbia (16%), Suazilândia (39%) e África do Sul (21%).

Alguns estudos mostram que em Angola as relações sexuais começam entre 11 e os 12 anos de idade, fazendo com que muitas adolescentes engravidem antes de atingir a idade adulta (FNUAP, 2002, citado pelo Círculo Angolano Intelectual, 2014). Sendo a taxa de adolescentes sexualmente ativos muito alta (75%) e baixo o conhecimento e uso de métodos contraceptivos, dados da mesma fonte apontam que 37% das raparigas adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos já tinham engravidado e 17% dos rapazes tinham consciência de ter engravidado uma rapariga. Igualmente foi registada uma elevada incidência de gravidezes de risco interrompidas em adolescentes, com 50% das adolescentes grávidas a abortarem e tendo 75% desses abortos sido provocados ou induzidos.

No que diz respeito às adolescentes grávidas e os seus parceiros em Angola, a situação tem contornos semelhantes aos observados noutros países, sendo caracterizada essencialmente por um baixo rendimento escolar, reprovações, altas taxas de abandono escolar, baixas condições económicas e baixas perspectivas de realização profissional (Lenvandowski, Antoni, Koller, & Picinimi, 2002; Schelemberg et al., 2007).

A adolescência é a etapa ouro do ser humano, é uma fase em que as meninas começam a desenvolver-se corporalmente e a descobrir a sua sexualidade, e uma das fases em que elas começam a sentir-se adultas e têm curiosidade relativamente a tudo o que os adultos fazem. O diretor da Maternidade Lucrécia Paim diz que Angola não foge à regra e é cada vez mais precoce o início das relações sexuais e, ao mesmo tempo a gravidez na adolescência, (Abreu Pecamena, citado por Simão, 2009).

De acordo com dados da UNICEF (Redacção VOA, 2012), nos países em desenvolvimento 90% dos partos de adolescentes dos 15 aos 19 anos correspondem a jovens casadas e as complicações relacionadas com a gravidez são a principal causa de morte de raparigas nesta faixa etária. De acordo com os dados oficiais, em Angola quatro em cada dez crianças dos 12 aos 17 anos de idade encontram-se casadas ou a viver em união de facto. As raparigas angolanas entram em relacionamentos mais cedo do que os rapazes, e um terço delas com 12 a 14 anos vivem com um parceiro 10 anos mais velho.

Ainda de acordo com dados da UNICEF, em Angola, a gravidez contribui para cerca de 7.5% do abandono escolar ou não ingresso na escola. Sendo que cerca de 3% dos casos de gravidez verificam-se entre os 12 e os 14 anos de idade e cerca de 7% entre os 15 e os 17 anos de idade. As crianças das zonas rurais, principalmente das províncias de Lunda Sul, Moxico, Huambo, Bié e Malanje, são as mais vulneráveis aos riscos e

consequências do casamento precoce (Redacção VOA, 2012).

De acordo com Tavares (2011), percebe-se que em Angola há ausência de políticas de saúde direcionadas para os adolescentes. E mesmo as que existem para assistência geral são insuficientes para satisfazer as gestantes como um todo. A mesma fonte refere que no país em estudo, a acessibilidade aos serviços de saúde é deficiente por existirem poucas unidades sanitárias, fraca comunicação rodoviária, tendo cada cidadão de percorrer em média 15 km para chegar a uma unidade sanitária, de acordo com relatório do Simpósio Nacional sobre morte materna. De modo geral, constata-se que o facto de existir uma estrutura de apoio à mulher (Ministério da Família e Promoção da Mulher) não significa que há realmente prioridade por parte do governo relativamente a questões de género, pois as ações desenvolvidas são limitadas e incapazes de alterar a realidade das mulheres angolanas, apesar do constante apoio da comunidade internacional (Pereira, 2004).

II – Objetivos

Através deste trabalho pretende-se contribuir para a caracterização de algumas das vivências de jovens mães angolanas no que se refere à gravidez e à maternidade. Com base numa melhor compreensão deste fenómeno deseja-se, igualmente, contribuir para melhorar a planificação e atuação no modo de lidar com a gravidez e maternidade na adolescência no contexto angolano.

São objetivos específicos deste trabalho:

- a) Comparar mães angolanas adolescentes e não adolescentes quanto a variáveis relativas à gravidez e nascimento;
- b) Caracterizar a situação de gravidez e maternidade na adolescência em mães angolanas;
- c) Explorar diferenças de vivências relacionadas com gravidez e nascimento entre mães adolescentes de diferentes idades;
- d) Explorar diferenças na perceção de competências do bebé por parte de mães adolescentes em função da satisfação com o sexo do bebé e do planeamento da gravidez.

III – Metodologia

3.1. Descrição da amostra

Para o cumprimento do nosso objetivo de investigação, houve necessidade de se definir a população-alvo a ser objeto de estudo. Assim, definiu-se como população-alvo mães com bebés de idades compreendidas entre uma semana e três meses de vida. Uma vez que o objetivo do estudo é comparar mães adolescentes com mães não adolescentes quanto às suas vivências da gravidez e maternidade, constitui-se uma amostra com quarenta mães angolanas adolescentes (subamostra de estudo) e quarenta mães adultas (subamostra de controlo), perfazendo um total de oitenta sujeitos de

diversas origens étnicas, residentes na cidade do Lubango e principalmente nos arredores. Por conseguinte, a amostra é constituída por mulheres, correspondendo a 50% de mães adolescentes (i.e., com idade igual ou inferior a 19 anos) e 50% de mães não-adolescentes (isto é, com idade superior ou igual a 20 anos).

No Quadro 1 são apresentadas as características sociodemográficas das duas subamostras (adolescentes e controlo) e as mesmas são comparadas recorrendo aos testes qui-quadrado e *t* de *Student* (cf. última coluna do Quadro).

Quadro 1. Características sociodemográficas da amostra - Mães

	Adolescentes		Controlo		χ^2/t
	N=40	%	N=40	%	
Idade					
15-16	7	17.5			
17	14	35.0			
18-19	19	47.5			
20-24			24	60.0	
25-30			9	22.5	
31-34			2	5.0	
35-40			5	12.5	
	M=17.38 DP=0.95		M=25.65 DP=5.65		-9.13**
	Min=15 Máx=19		Min=20 Máx=40		
Estado Civil					
Solteira	29	72.5	6	15.0	26.87**
Casada	1	2.5	8	20.0	
União de facto	10	25.0	26	65.0	
Habilitações literárias					
1ª a 6ª classe	10	25.0	16	40.0	7.52*
7ª a 9ª classe	22	55.0	10	25.0	
10ª a 12ª classe	8	20.0	13	32.5	
Superior	0	0.0	1	2.5	
Nível Socioeconómico					
Baixo	12	30.0	12	30.0	0.00
Médio	27	67.5	27	67.5	
Elevado	1	2.5	1	2.5	
Número de filhos					
1	35	87.5	8	20.0	
2	5	12.5	12	30.0	
3			8	20.0	
4			8	20.0	
≥5			4	10.0	

M=1.13 DP=.3.4	M=2.83 DP=1.63	-6.46**
Min=1 Máx=2	Min=1 Máx=9	

* $p < .05$ ** $p < .01$

Tal como se pode observar, as idades mais frequentes são, no caso das adolescentes, os 17 anos (14 casos) e os 18-19 anos (19 casos), correspondendo a um total de 82.5% dos casos de adolescentes incluídas na amostra, e os 20-24 anos (24 casos), correspondentes a 60% dos casos de não-adolescentes incluídas na amostra. Tal como seria de esperar atendendo ao critério definido para a constituição das subamostras, a média de idades da subamostra de adolescentes ($M = 17.38$; $DP = 0.95$) é inferior à da subamostra de não-adolescentes ($M = 25.65$; $DP = 5.65$).

Relativamente ao estado civil enquanto no grupo das adolescentes a maioria é solteira ($n = 29$; 72.5%), no grupo de controlo a maioria vive em união de facto ($n = 26$; 65%). Neste grupo de controlo apenas seis mães (correspondente a 15% dos casos) são solteiras. Assim, verifica-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quanto a esta variável, $\chi^2(1, N = 80) = 26.87$, $p < .01$, havendo no grupo de adolescentes mais solteiras, e predominando as casadas ou em união de facto no grupo de controlo.

No que diz respeito às habilitações literárias apresentadas podemos constatar que a maioria das mães adolescentes ($n = 22$, correspondente a 55%) tem um nível académico entre a 7ª e a 9ª classe. No que diz respeito às mães não adolescentes, 16 (40%) têm habilitações literárias entre a 1ª e a 6ª classe, e 13 (32.5%) entre a 10ª e a 12ª classe. Também em relação a esta variável existe uma diferença estatisticamente significativa entre as duas subamostras, $\chi^2(1, N = 80) = 7.52$, $p < .05$, sendo o nível escolar intermédio (7ª a 9ª classe) predominante entre as mães adolescentes, enquanto no grupo de controlo predominam mães com nível académico mais baixo (1º a 6º classe) ou mais elevado (igual ou superior à 10ª classe).

Em ambas as subamostras o nível socioeconómico mais frequente é o médio¹, não se tendo observado diferença estatisticamente significativa quanto a esta variável, $\chi^2(1, N = 80) = 0.00$, $p > .05$.

Já a diferença no número de filhos entre as duas subamostras é estatisticamente significativa, $t(78) = -6.46$, $p < .01$, uma vez que o filho que as tornou elegíveis para este estudo é o primeiro para a maioria das mães adolescentes (87.5%), enquanto para as mães do grupo de controlo este é o segundo filho (30%) ou de ordem superior (50%).

¹ Para a caracterização do nível socioeconómico foi elaborada uma classificação adaptada à realidade angolana, a qual contempla os seguintes parâmetros: área residência, tipo de habitação, características da habitação, eletrodomésticos e conforto e fonte de rendimentos (cf. Anexo 1).

Quadro 2. Características sociodemográficas da amostra – sexo dos bebés

	Adolescentes		Controlo		χ^2
	N=40	%	N=40	%	
Masculino	13	32.5	17	42.5	0.85 (ns)
Feminino	27	67.5	23	57.5	

No que diz respeito às características do bebé, as duas subamostras foram comparadas quanto à distribuição em função do sexo (cf. Quadro 2). Verifica-se que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre as duas subamostras quanto a esta variável, $\chi^2 (1, N = 80) = 0.85, p > .05$.

3.2. Instrumentos

Para recolha dos dados foram elaborados três instrumentos, nomeadamente um questionário sociodemográfico dirigido às mães adolescentes e não adolescentes, bem como um Questionário Geral sobre Gravidez e Nascimento e um Questionário para avaliação de aspetos ligados à Maternidade na Adolescência. Trata-se de instrumentos criados e utilizados em edições anteriores do curso de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, subárea de Sistémica, Saúde e Família, no âmbito do protocolo entre a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e o Instituto Superior Politécnico da Tundavala, em Angola. Os três instrumentos serão descritos em seguida.

3.2.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico usado neste projeto de investigação (cf. Anexo 2) teve como função principal a recolha de informações sociodemográficas com vista à caracterização da amostra. O questionário é composto por questões adaptadas à realidade angolana, com base nas quais foi possível recolher informações referentes a: identificação das mães da amostra (e. g., idade, nível de escolaridade, profissão, estado civil, etnia, religião); composição do seu agregado familiar (e. g., números de elementos do agregado, estado civil e profissão), características da residência (e. g., área de residência, tipo de habitação, características da habitação, eletrodomésticos); por último, a fonte de rendimento e a etapa do ciclo vital da família (Relvas, 1996).

3.2.2. Questionário geral sobre Gravidez e Nascimento

Este questionário (cf. Anexo 3) foi concebido para avaliar questões relativas à gravidez e nascimento, sendo composto por 18 questões que focam tópicos como, por exemplo, o planeamento ou não da gravidez, a sua duração, reação da mãe e do pai face à notícia da gravidez, consultas pré-natais, satisfação face ao sexo do bebé, aleitamento após o nascimento, competências visuais e auditivas do bebé.

3.2.3. Questionário para avaliação de aspetos ligados à Maternidade na Adolescência

Este questionário (cf. Anexo 4), composto por 9 questões, destina-se às mães adolescentes participantes no estudo e avalia, entre outras variáveis, o impacto da gravidez na adolescente, a reação dos pais da adolescente, o apoio recebido por parte dos pais, do parceiro e de amigos, competências visuais e auditivas do bebé e preocupações da mãe adolescente relativamente a este.

3.3. Procedimento de recolha de dados

Os dados foram recolhidos entre os meses de novembro de 2011 e Janeiro de 2012. Previamente foram realizados contactos com as Direções do Hospital Maternidade Irene Lubango e Maternidade do Hospital Municipal da Mitcha no sentido de obter autorização para a realização do estudo. Uma vez obtidas as autorizações foram aplicados os questionários inicialmente a 10 mães, para verificar se as questões eram bem compreendidas e adequadas. Tendo-se as questões revelado compreensíveis, os questionários foram aplicados à amostra selecionada. A participação no estudo foi voluntária, tratando-se de uma amostra de conveniência, não aleatória. A equipa de investigação fornecia às potenciais participantes esclarecimentos acerca da investigação e dos seus objetivos, no momento em que aquelas levavam seus filhos à consulta de puericultura (peso e vacinação). No caso de quererem participar no estudo assinavam, então, um consentimento informado (cf. Anexo 5) com os objetivos do estudo, bem como as obrigações do investigador relacionadas, principalmente, com a garantia de confidencialidade. As questões foram colocadas oralmente às mães, que responderam sucessivamente aos três questionários. Caso apresentassem dúvidas quanto à interpretação de alguma questão estas eram pontualmente esclarecidas, tendo-se o cuidado de garantir que nenhuma questão ficasse por responder.

3.4. Análises estatísticas

O tratamento e análise de dados foram feitos com recurso ao software informático SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), Versão 20.

Foram usadas análises de estatística descritiva para caracterizar a amostra total no que diz respeito à idade, estado civil, nível de escolaridade, nível socioeconómico e sexo dos bebés, calculando-se as médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas e as frequências para as variáveis categoriais. Para comparar as subamostras recorreu-se aos testes qui-quadrado (para variáveis categoriais) e *t* de Student (para variáveis contínuas). Nas análises comparativas de respostas dadas por subgrupos de grávidas adolescentes recorreu-se a testes não paramétricos (qui-quadrado e *U* de Mann-Whitney) dado o reduzido número de casos comparados e violação dos pressupostos de normalidade.

IV – Resultados

Os resultados são expostos de acordo com quatro tópicos: comparação entre mães adolescentes e não-adolescentes quanto a variáveis relativas à gravidez e nascimento; caracterização da situação de maternidade na adolescência; exploração de diferenças entre as respostas dadas ao Questionário sobre Gravidez e Nascimento por mães adolescentes de diferentes idades; e, finalmente, exploração de diferenças na percepção de competências do bebé por parte de mães adolescentes em função da satisfação com o sexo do bebé e do planeamento da gravidez.

4.1. Comparação de mães adolescentes e não adolescentes quanto a variáveis relativas à gravidez e nascimento

Os resultados relativos à comparação entre as duas subamostras quanto às respostas dadas ao Questionário sobre Gravidez e Nascimento são apresentados no Quadro 3.

Tal como se pode observar, as amostras diferem significativamente quanto ao facto de a gravidez ter ou não sido planeada, $\chi^2 (1, N = 80) = 8.35, p < .01$, com menos mães adolescentes a terem planeado a sua gravidez ($n = 4$) do que mães não-adolescentes ($n = 15$). As duas subamostras diferem também quanto ao modo como reagiram à notícia da gravidez, $\chi^2 (1, N = 80) = 20.95, p < .01$: mais mães adolescentes reagiram muito negativamente (14, contra apenas uma no grupo de controlo), enquanto a reação mais comum no grupo não-adolescente corresponde a mães que ficaram satisfeitas (22, contra 7 no grupo de adolescentes). Em resposta à questão sobre a reação do pai da criança à gravidez, registou-se também uma diferença estatisticamente significativa, $\chi^2 (1, N = 80) = 10.92, p < .05$, tendo havido mais pais a ficar satisfeitos no grupo de controlo (29, contra 18 no grupo de adolescentes). Ainda no que toca aos pais, os do grupo de controlo mostraram-se significativamente mais colaboradores nos cuidados prestados aos bebés, $\chi^2 (1, N = 80) = 16.83, p < .01$.

No que respeita ao consumo de substâncias tóxicas durante a gravidez, um maior número de mães do grupo de controlo revelou ter consumido álcool (5, contra zero no grupo de adolescentes), $\chi^2 (1, N = 80) = 5.33, p < .05$. Já em relação ao peso do bebé à nascença (em gramas), os da subamostra de adolescentes apresentavam peso significativamente mais baixo ($M = 2889$; $DP = 472$), do que os bebés da subamostra de controlo ($M = 3163$; $DP = 554$), $t (78) = -2.38, p < .05$.

Quanto às restantes variáveis analisadas não se registaram quaisquer diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 3. Comparação das duas subamostras quanto a variáveis relativas à gravidez e nascimento

	Adolescentes		Controlo		χ^2/t
	N=40	%	N=40	%	
A gravidez foi planeada?					
Sim	4	10	15	37.5	8.35**
Não	36	90	25	62.5	
Como reagiu quando soube que estava grávida					
Muito negativamente	14	35.0	1	2.5	20.95**
Aborrecida mas depois conformada	16	40.0	11	27.5	
Satisfeita	7	17.5	22	55.0	
Muito satisfeita	3	7.5	6	15.0	
Como é que o pai da criança reagiu à gravidez?					
Muito negativamente	5	12.5	0	0.0	10.92*
Aborrecido mas depois conformado	11	27.5	4	10.0	
Satisfeito	18	45.0	29	72.5	
Muito satisfeito	6	15.0	7	17.5	
Consultas regulares de seguimento					
Sim	25	62.5	30	75.0	1.46
Não	15	37.5	10	25.0	
Número de consultas	M=4.55 DP=1.84 Min=1 Máx=9		M=5.13 DP=1.80 Min=1 Máx=8		-1.41
Contacto com bebé logo após nascimento					
Sim	34	85.0	28	70.0	2.58
Não	6	15.0	12	30.0	
Contente com sexo do bebé					
Sim	34	85.0	35	87.5	0.50
Não	6	15.0	5	12.5	
Amamentou na primeira hora após nascimento					
Sim	32	80.0	30	75.0	0.29
Não	8	20.0	10	25.0	
Está atualmente a amamentar					
Sim	40	100.0	39	97.5	0.50
Não	0	0.0	1	2.5	
Parceiro colabora para o bem-estar do bebé					
Bastante	14	35.0	30	75.0	16.83**
Um pouco	13	32.5	9	22.5	
Não	13	32.5	1	2.5	
Permaneceu sempre ao lado do bebé na maternidade					
Sim	35	87.5	34	85.0	0.11
Não	5	12.5	6	15.0	
Perdeu algum filho anteriormente					
Sim	3	7.5	7	17.5	1.83
Não	37	92.5	33	82.5	
Duração da gestação	M=36.20 DP=2.39 Min=28 Máx=40		M=36.10 DP=1.01 Min=32 Máx=40		0.24
Gestação com complicações					
Sim	6	15.0	6	15.0	0.00
Não	34	85.0	34	85.0	
Consumos durante a gravidez (álcool)					
Sim	0	0.0	5	12.5	5.33*
Não	40	100.0	35	87.5	
Peso do bebé em gramas ao nascer	M=2889 DP=472		M=3163 DP=554		-2.38*

Gravidez e maternidade na adolescência: Vivências de jovens Angolanas
Elsa Avelina L. Chambata (Avelina_chambata2@hotmail.com) 2015

	Min=1500 Máx=3980		Min=1885 Máx=4500		
Parto por via vaginal					
Sim	38	95.0	38	95.0	0.00
Não	2	5.0	2	5.0	
Parto com complicações					
Sim	4	10.0	4	10.0	0.00
Não	36	90.0	36	90.0	

4.2. Caracterização da situação de gravidez e maternidade na adolescência

No Quadro 4 são apresentados alguns elementos de caracterização da vida sexual e da gravidez e maternidade na adolescência.

Na questão relativa à idade da primeira menstruação verifica-se que a média de idades foi de 12.45 anos ($DP = 1.04$). Já a primeira relação sexual ocorreu, de acordo com as respostas das adolescentes, próximo dos 15 anos ($M = 14.95$; $DP = 0.96$).

A maioria das adolescentes (55%) considerou que o nascimento do bebé alterou ou vai alterar um pouco o seu estilo de vida, enquanto 35% respondeu que o seu estilo de vida foi ou vai ser bastante alterado. A maioria das adolescentes (62.5%) prosseguiu os seus estudos, ao passo que as restantes (37.5%) deixaram de estudar. A mesma percentagem (62.5%) considera que a sua vida familiar não foi afetada. A grande maioria dos pais destas adolescentes (90%) mostrou-se aborrecida com a gravidez, mas depois conformou-se. Todas as adolescentes referem ter apoio de familiares, mais do que de amigos (37.5%) ou de serviços (42.5%).

Relativamente à perceção das competências do bebé, 26 adolescentes (correspondentes a 65% do total da subamostra) responderam que o bebé segue o som e 38 (isto é, 95%) afirmaram que o bebé fixa a cara da mãe.

Quadro 4. Variáveis relativas à vida sexual e à gravidez e maternidade na adolescência

	N=40	%
Idade da primeira menstruação	M=12.45 DP=1.04 Min=11 Máx=15	
Idade da primeira relação sexual	M=14.95 DP=0.96 Min=13 Máx=17	
Nascimento alterou ou vai alterar estilo de vida		
Nada	4	10.0
Um pouco	22	55.0
Bastante	14	35.0
Deixou de estudar		
Sim	15	37.5
Não	25	62.5
Alteração da vida familiar		
Sim	15	37.5

Não	25	62.5
Reação dos pais à gravidez		
Aborrecidos mas conformados	36	90.0
Satisfeitos	3	7.5
Muito satisfeitos	1	2.5
Apoio Familiar		
Sim	40	100.0
Não	0	0.0
Apoio de amigos		
Sim	15	37.5
Não	25	62.5
Apoio de serviços		
Sim	17	42.5
Não	23	57.5
O bebé segue o som		
Sim	26	65.0
Não	14	35.0
O bebé segue a cara		
Sim	38	95.0
Não	2	5.0

4.3. Exploração de diferenças de vivências relacionadas com gravidez e nascimento entre mães adolescentes de diferentes idades

No Quadro 5 apresenta-se a análise comparativa das respostas dadas por mães adolescentes mais jovens (15-17 anos) e menos jovens (18-19 anos) a algumas das questões colocadas.

Embora o grupo mais novo tenha uma média de postos (*Mean Rank*) mais alta que a do grupo dos 18-19 anos (23.31 versus 17.39), a diferença não é estatisticamente significativa ($U = -1.80$, $p = .07$). Conclui-se que as mães adolescentes mais novas não diferem estatisticamente das mães adolescentes mais velhas na questão “de que forma acha que o nascimento do bebé alterou ou vai alterar a sua vida?”

No grupo das adolescentes, a relação entre a idade da mãe e o impacto percebido do nascimento, tratando-se de duas variáveis qualitativas optámos por analisar as diferenças entre os grupos etários à questão relativa à “reação dos pais quando souberam da gravidez”, recorrendo ao teste do qui-quadrado (anote-se, mesmo assim, que o teste viola o pressuposto matemático do número de células com frequências esperadas com valor inferior a cinco). Não encontramos evidências acerca de hipotéticas diferenças entre os dois grupos, $\chi^2(2, N = 40) = 1.35$, $p > .05$. Conclui-se que as adolescentes mais novas não diferem das adolescentes mais velhas na forma como os seus pais reagiram à sua gravidez. Embora a maior parte dos

pais tenha percebido a gravidez ficando aborrecidos, depois conformaram-se.

Quadro 5. Comparação entre respostas de mães adolescentes mais jovens (15-17 anos) e mais velhas (18-19 anos)

Idade	Nascimento alteração			U/χ^2	
	Mean Rank				
15 - 17	23.31			- 1.80	
18 - 19	17.39				
Reação dos pais					
	Aborrecido mas conformado	Satisfeito	Muito Satisfeito	1.35	
15 - 17	19	2	0		
18 - 19	17	1	1		
Apoio amigos					
	Sim	Não			0.33
15 - 17	7	14			
18 - 19	8	11			
Apoio serviços					
	Sim	Não		0.47	
15 - 17	10	11			
18 - 19	7	12			
Outros apoios					
	Sim	Não			0.26
15 - 17	2	19			
18 - 19	1	18			
Seguir som					
	Sim	Não		0.05	
15 - 17	14	7			
18 - 19	12	7			
Fixar cara					
	Sim	Não			2.33
15 - 17	21	0			
18 - 19	17	2			

Verifica-se que todas as mães adolescentes, independentemente da idade, referem sem exceção ter recebido apoio da família (cf. Quadro 4). Quanto aos apoios recebidos de amigos não há uma diferença estatisticamente significativa entre as idades das mães e este tipo de apoio recebido, $\chi^2 (1, N = 40) = 0.33, p > .05$. Todavia, atentando no quadro 5 pode ver-se que várias mães, neste caso, relatam não ter recebido apoio de amigos. Quanto a apoios recebidos de serviços públicos não há uma diferença estatisticamente significativa entre as mães mais e as menos jovens

quanto ao apoio recebido da parte destes serviços, $\chi^2 (1, N = 40) = 0.47, p < .05$. Constata-se, apesar de tudo, que várias mães, independentemente do grupo etário, referem não ter recebido qualquer apoio da parte de serviços públicos. Quanto aos apoios recebidos de outros, não há, mais uma vez evidência de que mães adolescentes de diferentes idades tenham recebido um apoio diferencial da parte de outros, $\chi^2 (1, N = 40) = 0.26, p > .05$.

A análise de diferenças entre estes dois grupos etários (ambos constituídos por mães adolescentes) quanto à perceção de competências do bebé, indica que não há diferenças, nem no que diz respeito a competências auditivas, $\chi^2 (1, N = 40) = 0.05, p > .05$, nem no que toca a competências visuais do bebé, $\chi^2 (1, N = 40) = 2.33, p > .05$.

4.4. Exploração de diferenças na perceção de competências do bebé por parte de mães adolescentes em função da satisfação com o sexo do bebé e do planeamento da gravidez

No Quadro 6 apresentam-se as comparações do modo como mães adolescentes percecionam as competências dos seus bebés, em função da satisfação relativamente ao seu sexo e da planificação ou não da gravidez.

Quadro 6. Perceção de competências do bebé

Satisfação com sexo do bebé	Seguir o som		χ^2
	Sim	Não	
Sim	21	13	1.04
Não	5	1	
	Fixar cara		
	Sim	Não	
Sim	32	2	0.37
Não	6	0	
Gravidez planeada	Seguir o som		
	Sim	Não	
Sim	4	0	2.39
Não	22	14	
	Fixar cara		
	Sim	Não	
Sim	4	0	0.23
Não	34	2	

Quanto à relação entre a satisfação com o sexo do bebé e a perceção de competências auditivas no bebé, verificamos que as duas variáveis não estão estatisticamente associadas, $\chi^2 (1, N = 40) = 1.04, p > .05$. Ou seja, não há evidências de que a satisfação com o sexo do bebé esteja associada com o nível de competência auditiva do bebé, tal como percecionado pela mãe adolescente.

No que toca à satisfação com o sexo do bebé e se acha que o bebé fixa a sua cara, evidencia-se que as duas variáveis não estão estatisticamente associadas, $\chi^2 (1, N = 40) = 0.37, p > .05$. Ou seja, não há evidências de que

a satisfação com o sexo do bebé esteja associada com o nível de competência visual do bebé, tal como percecionado pela mãe adolescente.

Sobre a relação entre a planificação da gravidez e a percepção da mãe sobre a sua capacidade de seguir o som, não há evidência de uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, $\chi^2(1, N = 40) = 2.39, p > .05$). O facto de a gravidez ter sido planeada versus não-planeada apresenta uma associação estatisticamente não-significativa com a percepção que a mãe adolescente sobre a capacidade do bebé para fixar a sua face, $\chi^2(1, N = 40) = 0.23, p > .05$).

V – Discussão

Após a apresentação dos resultados da investigação, cabe agora proceder à interpretação dos mesmos, de modo a refletirmos sobre o seu significado. Para uma clara reflexão acerca dos resultados, é de extrema valia referir que se trata de um estudo exploratório numa população de contexto angolana. É uma realidade completamente distinta da europeia, com particularidades próprias, sendo relevante ter bem presente a caracterização da amostra. É de referir igualmente que, tendo em conta a escassez de material bibliográfico específico à realidade em estudo, a reflexão será feita tendo em conta os resultados aqui alcançados ou os dados teóricos já existentes em diversos contextos cruzando com a realidade angolana, sempre que oportuno. Com base numa melhor compreensão deste fenómeno deseja-se, igualmente, contribuir para uma melhor planificação e atuação no modo de lidar com a gravidez e maternidade na adolescência no contexto angolano através da comparação entre mães adolescentes e mães não adolescentes na realidade angolana.

Tendo em conta uma melhor organização da discussão seguimos a mesma ordem da apresentação dos resultados, começando por analisar **a comparação de mães adolescentes e não adolescentes quanto a variáveis da gravidez e nascimento**. Através das análises efetuadas neste contexto foi possível evidenciar diferentes resultados estatisticamente significativa, como o planeamento da gravidez, onde ficou evidente que as mães adolescentes planearam menos a gravidez do que as mães do grupo de controlo. Esta realidade vai ao encontro de um estudo semelhante feito em Angola por Chipalanga (2014), onde ficou evidente que as adolescente na sua maioria engravidava sem ter planificado a gravidez. Esta ideia nos remete para a ideia apresentada por Esteves e Menandro (2005) de como as adolescentes, no seu pensamento mágico e infantil, creem que, pelo facto de serem jovens, não têm possibilidade de engravidar ou que a mesma possibilidade é diminuta. Também pode significar que as mães de controlo têm mais experiência e informação em comparação com as mães adolescentes. A realidade angolana demonstra esta situação, principalmente na área suburbana, onde é comum depararmo-nos com adolescentes grávidas sem que a gravidez tenha sido planificada.

Outra variável em que foi observada uma diferença significativa entre os dois grupos foi o modo como reagiram à gravidez, onde se constata que as mães de controlo e seus parceiros estavam mais satisfeitos com a gravidez

em comparação com as mães adolescentes, que ficavam inicialmente aborrecidas e posteriormente se conformavam. Esta realidade é comum em contexto angolano tendo em conta que as adolescentes iniciam a sua vida sexual em média por volta dos 15 anos de idade sem o propósito de constituição de família nem tão pouco de procriar, resultando insatisfação se no entanto acidentalmente esse facto ocorrer; o que difere das mães do grupo de controlo, pelo facto de serem mais adultas, muitas delas com lares formados e portanto com necessidade e desejo de procriar. O mesmo explica outros resultados estatisticamente significativos, que se prendem com a reação dos seus parceiros e sua colaboração nos cuidados prestados aos bebés, onde é notória uma reação mais positiva e maior colaboração por parte dos parceiros do grupo de controlo, em comparação com os parceiros das adolescentes. Importa sublinhar que muitos dos parceiros dos adolescentes são igualmente adolescentes (Chipalanga, 2014), com dependência de seus progenitores e sem emprego, o que ajuda a compreender essa reação mais negativa e menor preparação para colaborar nos cuidados ao bebé por parte dos parceiros das adolescentes.

No que respeita ao consumo de substâncias tóxicas, as mães de controlo revelaram-se mais consumidoras em comparação com as adolescentes, o que espelha claramente uma certa “independência” por parte das primeiras, comparativamente às adolescentes. Apesar destes dados representarem uma situação comum na realidade angolano, é importante referir que é frequente igualmente presenciarmos em contexto angolano adolescentes a consumirem álcool, muitas vezes sem o consentimento do parceiro e longe do olhar dos progenitores. Neste sentido, poderemos questionar a honestidade com que as adolescentes responderam a esta questão. Poderá também estar presente na população do estudo alguma falta de informação relativa aos efeitos negativos destes consumos na gravidez sobre o desenvolvimento do bebé, sobretudo nas mães mais velhas, que por isso terão menos pudor em admitir tais consumos. É digno de realce a variável do peso do bebé ao nascer, onde os nascidos de adolescentes têm menos peso que os filhos das mães de controlo, o que resulta do facto de as adolescentes em termos de desenvolvimento físico poderem não se encontrar devidamente prontas para procriar, situação completamente diferente das mães de controlo (Ragozin, Basham, Crnic, Greenberg e Robinson (1982, citados por Levandowski, Koller, & Picinimi, 2002).

Quanto à **caracterização da situação de gravidez e maternidade na adolescência** os dados obtidos revelam que para a primeira menstruação, a idade mínima encontrada é de 11 anos e a máxima foi de 15 anos, com uma média de 12.45, enquanto para o início das relações sexuais a idade mínima encontrada foi de 13 anos e a máxima de 17 anos, com uma média de 14.95. Estes dados encontram-se desfasados de outros estudos feitos em contexto Angolano (Círculo Angolano Intelectual, 2014; Chipalanga, 2014), que apontaram para um início bastante mais precoce (11-12 anos) da atividade sexual. Mais uma vez poderemos questionar a honestidade das respostas das jovens a esta questão, colocada numa situação de face a face. Quanto à alteração de suas vidas, fruto do nascimento do bebé, na maior parte dos

casos as adolescentes referem que este acontecimento alterou um pouco as suas vidas, com cerca de 38% a abandonarem a escola, percentagem igual para as adolescentes que viram ocorrer alterações na sua vida familiar. Esta realidade é bastante relevante, pois descreve a alteração radical por que passa a adolescente após engravidar, podendo ver os seus sonhos e aspirações muito mais difíceis de alcançar, sobretudo se faltar o suporte social. Alguns autores como Desser (1994), Castro, Abramovay e Silva (2004) e Altmann (2001) destacam que a gravidez na adolescência e a maternidade em fase de escolaridade trazem significados importantes para o discurso da (des)continuidade escolar entre as adolescentes de camadas médias e populares. Contudo, é de realçar que alguns estudos mostram que a maternidade na adolescência pode ser desejada como um projeto de inserção na vida adulta, viável e valorizado sobretudo em meios socioeconómicos baixos, nos quais outras formas de realização, nomeadamente no plano educacional, não se encontram asseguradas (Dias, Patias Fiorin, & Dellatorre, 2011). Elas acabam por ter um perfil de baixo rendimento escolar, reprovações, abandono escolar e consequentemente pouca perspectiva profissional, um pouco por causa das condições económicas precárias que apresentam.

Outro dado de elevado valor centra-se na reação dos pais das adolescentes diante da gravidez da sua filha, onde observámos que a maior parte se sentiu inicialmente aborrecido, tendo-se a posterior conformado. Esta reação é muito comum em pais de adolescentes grávidas em Angola, pois todo encarregado espera que seu filho se forme e se case, sendo estas expectativas contrariadas no caso destas adolescentes. Apesar disto, os pais das adolescentes, mais do que os amigos ou os serviços públicos, são quem mais lhes oferece suporte após o nascimento do bebé. Este apoio da família é de extrema importância enquanto fator protetor do desenvolvimento do bebé e da própria adolescente. Por outro lado, o fraco apoio recebido por parte dos serviços públicos pode dever-se, por um lado, à ineficácia dos serviços, e nalguns lugares à inexistência dos próprios serviços.

É de realçar que a percepção das mães adolescentes face às competências do bebé é favorável, dado que estas consideram que o recém-nascido é competente, segue o som e a face, pelo que estarão mais disponíveis para interagir com ele de uma forma apropriada, sendo um bom indicador de adaptação positiva à maternidade.

No que se refere à **exploração de diferenças nas vivências relacionadas com gravidez e nascimento entre mães adolescentes de diferentes idades** podemos verificar que ambos os subgrupos (mães adolescentes e mães adolescentes mais velhas) não diferem estatisticamente na questão “de que forma acha que o nascimento do bebé alterou ou vai alterar a sua vida?”, o que revela que, apesar de as adolescentes em geral vivenciarem o nascimento como um acontecimento que vai alterar o seu estilo de vida, na verdade o facto de serem mais ou menos jovens não tem qualquer interferência sobre este aspeto. Também a forma como os seus pais reagiram à sua gravidez (percecionada em geral como negativa, tal como referido anteriormente) não difere em função da idade da adolescente.

Quanto ao apoio recebido por parte dos pais, dos amigos, de serviços públicos ou de outros, também não se registaram diferenças entre os dois grupos etários de adolescentes. Por último, fica evidente que as adolescentes, seja as mais novas ou as mais velhas, não diferiam na sua percepção de competências do bebé nem no que diz respeito às competências auditivas, nem no que toca a competências visuais, o que permite depreender que ambos os grupos etários têm perspetivas e experiências idênticas com os seus bebés.

Por último, no que refere ao estudo de eventuais **diferenças na percepção de competências do bebé por parte de mães adolescentes em função da satisfação com o sexo do bebé e do planeamento da gravidez**, pudemos constatar a inexistência de associações significativas entre as variáveis, pois as mães adolescentes evidenciaram que a satisfação com o sexo do bebé não está associada nem com o nível de competência auditiva nem visual do bebé. Do mesmo modo, a planificação da gravidez não mostrou qualquer associação com a percepção das mães sobre a capacidade de os bebés seguirem o som ou com a sua capacidade de fixar a sua face. Deste modo, os nossos dados não permitem pensar que o facto de estas mães estarem satisfeitas com o nascimento do bebé (pelo facto de o terem planeado) ou com o sexo do bebé as torna mais sensíveis às suas competências. Na verdade, o que se verifica é que a grande maioria das mães adolescentes avaliadas, independentemente das suas características ou situação particular, perceciona as competências do seu bebé de uma forma positiva, como sendo capaz de seguir uma fonte de som ou a face da mãe.

IV – Conclusões

A adolescência é um processo cuja compreensão implica não só o contexto cultural, mas também o social, económico, familiar e psicológico. A presente investigação pretendeu caracterizar algumas vivências de jovens mães angolanas no que concerne a matérias de gravidez e maternidade.

O presente estudo alerta-nos para as dificuldades com que as adolescentes se deparam, com a gravidez precoce, carecendo de colaboração de diversas entidades governamentais e da sociedade civil no sentido de melhorar o acesso a uma educação primária e secundária de qualidade ao nível da saúde e de contribuir para o melhoramento e sensibilização dos adolescentes com programas de educação sexual nas escolas, nas igrejas, nas famílias. Assim, alerta para a necessidade de melhorar os programas de saúde reprodutiva no sentido de minimizar o impacto do fenómeno da gravidez precoce e, mesmo, tentar antecipá-lo através de uma informação e planeamento familiar mais eficazes.

Algumas limitações podem ser apontadas a este estudo, nomeadamente as dimensões reduzidas da amostra, o facto de toda ela ter sido recolhida na mesma cidade (falta de representatividade nacional) e não ter sido recolhida pela autora da dissertação. Por outro lado, as respostas aos questionários foram dadas em situação de face a face o que, se por um lado permitiu o esclarecimento de questões que se possam ter revelado menos claras para algumas pessoas, pode, por outro lado, ter aumentado a

probabilidade de surgimento de respostas ditadas pela desejabilidade social.

Fica, pois, clara a necessidade de realizar mais estudos acerca desta temática, que procurem clarificar este fenómeno da gravidez e maternidade na adolescência – vivência de jovens angolanas, tema bastante interessante mas complexo.

Bibliografia

- Aries, P. (1981). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Altmann, H. (2001). Orientação sexual nos parâmetros curriculares nacionais. *Revista de Estudos Feministas*, 9(2), 575-585.
- Balsa, G. (2007). Embaixo do Céu de Angola. Acedido de: <http://www.gabi-africa.blogspot.com/>
- Bergamaschi, S. F. F., & Praça, N. S. (2008). Vivência da puérpera-adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. *Revista Escolar Enfermagem*, 42(3), 454-460.
- Cabral, C. S. (2002). Gravidez na adolescência e identidade masculina: Repercussões sobre a trajectória escolar e profissional do jovem. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 19(2), 179-196.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In Canavarro, C. (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Perspetivas teóricas. In Canavarro, C. (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da maternidade* (pp. 323-357). Coimbra: Quarteto.
- Castro, M. G., Abramovay, M., & Silva, L. B. (2004). Juventudes e sexualidade. Brasília: UNESCO.
- Chalem, E., Mitsuhiro, S. S., Ferri, C. P., Barros, M. C, Guinsburg, R., & Laranjeira, R. (2007). Gravidez na adolescência: Perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de S. Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1), 177-186.
- Chipalanga, S. I. (2014). *Gravidez na adolescência em Angola: Estudo do funcionamento familiar e satisfação com a vida* (tese de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.
- Círculo Angolano Intelectual (2014). *A gravidez precoce e suas complicações sociopsicológicas e educativas para as adolescentes Angolanas*. Acedido de: <http://www.Circuloangolano.com?P=13949>
- Cerqueira-Santos E., Paludo, S. S., Schirò, E. D., & Koller, S. H. (2010). Gravidez na adolescência: Análise contextual de risco e proteção. *Psicologia e Estudos* 15(1), 72-85.
- Dias, A. C. G, Patias, N. D., Fiorin, P. C., & Dellatorre, R. E. (2011). O significado da adolescência para jovens gestantes. *Revista Brasileira de História e Ciência Sociais*, 3(6), 153-167.
- Desser, N. A. (1994). Adolescência: Sexualidade e culpa: um estudo sobre gravidez precoce nas adolescentes brasileiras. Rio Janeiro/Brasília:

Rosa dos Tempos.

- Eisenstein, E. (2005) Adolescência: Definições, conceitos e critérios. *Adolescência e Saúde*, 2(2), 6-7.
- Figueiredo, B. (2000). Maternidade na adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 4(18), 485-498.
- Fonseca, M. S., & Melchiori, L. E. (2010). Adolescentes: Maternidade, riscos e proteção. Gravidez e maternidade na adolescência. Acedido de: <http://books.Scielo.org/id/sb6rs/pdf/valle-9788579831195-08.pdf>.
- Gama, S. G. N., Szwarcwald, C. L., & Leal, M. C (2002) Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Caderno Saúde Publica*, 18(1), 153-161.
- Hoga, L. A. K. (2008). Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: Experiências reveladas pela história oral. *Revista Latino Americano Enfermagem*, 16(2). Acedido de: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAAAhUKEwjIkqPP6bLHAhXKQBQKHUBWA3s&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fpdf%2Frlae%2Fv16n2%2Fpt_17.pdf&ei=3D7TVci0AcqBUcCsjdgH&usg=AFQjCNG5IH83uzt5ZWZt7_F9kun9l4PZqg&sig2=unaXXG8VDxbnvaQ96wZS2w&bvm=bv.99804247,d.d24
- Kurauchi, A. T. N., Martins, R. C. M., & Aquino, M. M. A. (2003). Impacto da gravidez na adolescência e resultados perinatais: Revisão de literatura. *Feminina*, 31, 669-671.
- Levandowski, D. C., Antoni, C., Koller, S. H., & Picinimi, C. A. (2002). Paternidade na adolescência e os fatores de risco e de proteção para a violência na interação pai-criança. *Interações*, 2(13), 77-100.
- Neto, F. R., Dias, M. S. A., Rocha, J., & Cunha, I. C. K. (2007). Gravidez na adolescência: Motivos e percepções de adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 279-285.
- Pereira, E. D. (2004). Adolescência: Um jeito de fazer. *Revista da Universidade Federal de Goiás*, 6(1). Acedido de http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/juventude/adoles.html
- Pinheiro, V. S (2000) Repensando a maternidade na adolescência. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 5(1). Doi: org-10.1590-S1413-294x2000000100011.
- Redacção VOA (2012, Outubro 11). UNICEF quer travar a gravidez precoce de jovens africanas. Acedido de <http://www.voaportugues.com/content/article/1524879.html>
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da Família na perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Rodrigues, R. M. (2010). Gravidez na adolescência. *Nascer e crescer: Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 19(3).
- Schelemberg, J. M., Pereira, L. D. C., Grisard, N., & Hallal, A. L. C. (2007). Características socioeconómicas e psicossociais do pai adolescente. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 36(2), 62-68.
- Silva, A. P. F., Hirai, K. N., Silva, M. E. & Hoeredia, E. P. (2009). Os

- factores emocionais gerados pela gravidez na adolescência. *ConScientiae Saúde*, 8(1), 91-97.
- Silva, L. A., Nakano, A. M. S., Gomes, F. A., & Stefanello, J. (2009). Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: Autocuidado e cuidado com o bebê. *Texto e Contexto – Enfermagem*, 18(1), 48-56.
- Silva, D T. C., & Silva, S. M. T. (2007). A realidade social de mães adolescentes assistidas pelo centro de referência da assistência social Cras Monteiro Lagarto-Se. *Revista Electrónica da Faculdade José Augusto Viera*, 7(2), 286-297.
- Silva, L., & Tonete, V. L. P. (2006). A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: Compartilhando projectos de vida e cuidado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 199-206.
- Simão, Y. (2009, Novembro 24). Gravidez na adolescência uma tragédia oculta. *Jornal de Angola online*. Acedido de http://jornaldeangola.sapo.ao/sociedade/gravidez_na_adolescencia_uma_tragedia_oculta
- Siqueira, M. J. T., Mendes, D., Finkler, I., Guedes, T., Gonçalves, M. D. S. (2002). Profissionais e usuários adolescentes de quatro programas públicos de atendimento pré-natal da região da grande Florianópolis: Onde está o pai? *Estudo de Psicologia*, 7(1), 65-72.
- Soares, I., & Jongenelen, I. (1998). Maternidade na adolescência: Contributos para uma abordagem desenvolvimental. *Análise Psicológica*, 3(16), 373-384.
- Tavares, H. P. (2011). *Aspectos obstétricos, sóciodemográficos e psicossociais, de puérperas adolescentes assistidas na Maternidade do Hospital Central do Huambo, Província do Huambo-Angola* (Tese de Mestrado não publicada). Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, Brasil.
- Trindade, R. F. C. (2005). Entre o sonho e realidade: A maternidade na adolescência sob a óptica de um grupo de mulheres da periferia da sociedade de Maceió-Alagoas (Tese de Doutorado não publicada). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, Brasil. Acedido de: <file:///C:/Users/hp/Downloads/TRINDADE-RFC.pdf>.
- Yazlle, M. E. H. D. (2006). Gravidez na Adolescência. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(8). Doi: Org-10.1590-so100-7203200600080000

Anexos